UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 32

Contribution à l'Etude du Diagnostic et du Traitement des Vomissements du Nourrisson

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Mai 1947

par

Joseph DARMÉ

MEMBRES DU JURY .... MM. SOREL, *Président.*
BOULARAN, VIRENQUE, DARNAUD *Assesseurs.*
LASSERRE, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMP. FORESTIÉ, 23, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

1947

DARMÉ (Joseph).

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des Vomissements du Nourrisson.

Montauban. — Imp. Forestié, 1947. — In-8° raisin, 56 pp.

(Thèse Médecine, Toulouse 1947, N° 32).

DARMÉ (Joseph).

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des Vomissements du Nourrisson.

Montauban. — Imp. Forestié, 1947. — In-8° raisin, 56 pp.

(Thèse Médecine, Toulouse 1947, N° 32).

DARMÉ (Joseph).

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des Vomissements du Nourrisson.

Montauban. — Imp. Forestié, 1947. — In-8° raisin, 56 pp.

(Thèse Médecine, Toulouse 1947, N° 32).

DARMÉ (Joseph).

Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des Vomissements du Nourrisson.

Montauban. — Imp. Forestié, 1947. — In-8° raisin, 56 pp.

(Thèse Médecine, Toulouse 1947, N° 32).

Contribution à l'Etude du Diagnostic et du Traitement des Vomissements du Nourrisson

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET.
Assesseur	LEFEBVRE.
Doyens honoraires	BARDIER. GORSE.

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAIL, MOOG, MERIEL, CAUBET. RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE. ROQUES.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	VALLOIS. CLERMONT.
Histoire naturelle	DELAS.

	MM.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R).
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL.
Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	MONNIER (P).
Médecine légale et déontologie	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Physiologie	M. BAISSET.
Obstétrique	M. GUILHEM.
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	LAZORTHES.
Histologie	BIMES.
Médecine	GADRAT. DARNAUD. GERAUD. DARDENNE. LAPORTE (J.)

	MM.
Chirurgie	VIRENQUE. GRIMOUD. RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN (P.).
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique médicale	MARQUES.
Chimie générale pharmaceutique.	BLANC.
Chimie Médicale	VALDIGUIÉ.
Histoire naturelle pharmaceutique	Mme Dulucq Mathou

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY.
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes.	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P).
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Chimie minérale	BLANC.
Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.

	MM.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.). P. DAMBRIN.
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Médecine Sociale et du Travail.	BONHOURE.
Pharmacodynamie	BONHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Clinique O. R. L.	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté ..... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 32

Contribution à l'Etude du Diagnostic et du Traitement des Vomissements du Nourrisson

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement en Mai 1947

par

Joseph DARMÉ

MEMBRES DU JURY .... MM. SOREL, *Président.*
BOULARAN
VIRENQUE
DARNAUD
Assesseurs.
LASSERRE, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMP. FORESTIÉ, 23, RUE DE LA RÉPUBLIQUE

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA MERE

A MON PERE

A MA FIANCEE

A MES SŒURS

A MON FRERE ET A SA FAMILLE

A LA MEMOIRE DU Docteur Louis BOULICAUD

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND SOREL,

Professeur de Clinique Médicale Infantile et Puériculture.

En remerciement de l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider le Jury de cette thèse.

A MON JURY DE THESE:

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur Agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de Cours à la Faculté

En reconnaissance de l'honneur qu'ils me font en acceptant d'être membres de mon Jury de thèse.

AU Docteur André BARDIER

qui m'a suggéré le sujet de cette étude.

AU Docteur Maurice CAHUZAC

qui m'a fourni de nombreux documents.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

DE TOULOUSE.

A TOUS MES CAMARADES DE LA FACULTE.

INTRODUCTION

Tous ceux qui ont eu l'occasion d'approcher des nourrissons vomisseurs savent la fréquence de cette affection et la difficulté qu'on éprouve le plus souvent à la rapporter à sa véritable cause. Pendant longtemps on s'est contenté de classer les vomissements ne paraissant relever d'aucune maladie secondaire sous la dénomination d'essentiels ou d'habituels, en les traitant par des médications plus ou moins arbitraires dont l'effet était presque toujours décevant.

Depuis LEMAIRE, CZERNY, ALARCON et surtout MARFAN, nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur la question pour essayer de la démembrer et il a fallu toutes les découvertes de la clinique, de l'innervation sympathique et vagale de la région gastrique et de la radiologie pour arriver à voir un peu plus clair dans cette question qui pose encore de nombreux problèmes.

Nous ne nous hasarderons pas dans cette étude à vouloir faire une analyse complète de la question ; nous tâcherons beaucoup plus modestement au moyen de quelques observations à analyser les principales différences qui permettent de rapporter tel vomissement à une cause plutôt qu'à une autre, nous appuyant spécialement pour cela sur la clinique et sur la radiologie dont l'importance n'est plus à indiquer.

Dès à présent nous tenons à remercier Messieurs André BARDIER et Maurice CAHUZAC de l'aide qu'ils ont bien voulu nous apporter en nous fournissant en particulier des documents et des observations personnelles. Nous avons toujours trouvé auprès d'eux les conseils qui sont si nécessaires à un jeune débutant.

Nous entreprendrons donc dans une première partie de faire le diagnostic différentiel entre les vomissements secondaires et les vomissements d'apparence essentielle, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic des gastro-entérites, abordant dans une deuxième partie, l'étude plus précise de ces vomissements essentiels. Nous distinguerons en particulier les cas dus à une malformation (brachy-œsophage, sténose hypertrophique du pylore, sténoses duodénales congénitales ou par pince de la mésentérique, mégaduodénum et mégacolon) des cas dus à des fautes alimentaires et surtout des cas d'ordre physio-pathologiques (trouble de la péristole, stase gastrique sans spasme, spasme du pylore, hypersécrétion muqueuse). Dans une troisième partie enfin, nous aborderons l'étude du traitement qu'il convient d'assurer à chaque cas d'espèce.

* * * *

Il ressort de toutes les observations que les vomissements présentent chez le nourrisson un certain nombre de caractères toujours plus ou moins identiques à eux-mêmes mais ne permettant pas une classification.

Leur date d'apparition est des plus variable ; tantôt ils apparaissent dès la première tétée, tantôt quelques jours après la naissance, parfois même quelques mois ; mais presque toujours le délai n'excède pas trois ou quatre mois.

Leur durée permet par contre de différencier les vomissements accidentels ne se produisant qu'exceptionnellement à l'occasion d'une faute d'alimentation ou d'une maladie d'ordre général, des vomissements habituels où l'organisme prend l'habitude de rejeter tout ou partie de ce qu'il absorbe, ce qui va entraîner une perte de poids réelle avec retentissement marqué sur l'état général.

Le moment d'apparition par rapport aux tétées n'apporte le plus souvent aucun élément précis de diagnostic. On peut voir les même malades vomir en cours de tétée ou de suite après, ou attendre jusqu'à quelques heures. Il semble toutefois que les vomissements tardifs traduisent plutôt une malformation postérieure à l'estomac ou une atonie de cet organe

qui ne rejette que longtemps après l'absorption ce qu'il finit par considérer comme un véritable corps étranger.

Le mode d'émission des vomissements permet de différencier les vomissements explosifs, en « fusée », des vomissements lents en « bavant » que l'on dénomme parfois vomiturition.

En résumé, tous ces caractères n'ont rien de très significatifs et nous ne retiendrons pour l'instant que la différence entre vomissements occasionnels et vomissements habituels. Le but de cette étude n'est pas en effet de passer en revue toutes les maladies qui comptent les vomissements dans leurs symptômes. L'enfant vomit par réflexe, c'est chez lui une simple réaction de l'organisme au même titre que le frisson chez l'adulte et il n'y a lieu de s'alarmer que si l'état général et la courbe pondérale souffrent de la réduction alimentaire que provoque le vomissement. Le centre du réflexe est dans le bulbe, les voies centrifuges étant représentées par le pneumogastrique, le phrénique et les abdominaux, les voies centripètes par les filets sensitifs du vague et les nerfs crâniens.

Diagnostic Différentiel

Dès à présent nous éliminons donc de cette étude la simple régurgitation, bien qu'il soit parfois délicat de tracer une ligne précise entre elle et le vomissement. Elle n'est le plus souvent qu'un phénomène accidentel dû à un mouvement trop brusque ou à une surcharge alimentaire. Suivant l'expression de MARFAN, elle évoque l'idée d'un phénomène presque physiologique, tout au plus sa répétition habituelle fait-elle penser à un état de réplétion exagérée de l'estomac.

Nous éliminerons également tous les vomissements accidentels soit qu'ils ne surviennent qu'exceptionnellement de temps en temps, soit qu'ils soient secondaires, simple accident d'une maladie générale souvent extra-gastrique.

Nous ne signalerons que pour mémoire :

— Les affections fébriles (grippe, otite, angine).

— Les méningites et poliomyélites dont le début ne se traduit souvent que par le vomissement et auxquelles le médecin doit toujours penser en recherchant systématiquement tous les autres signes permettant d'aiguiller le diagnostic.

— Les affections des voies respiratoires dont les vomissements sont provoqués soit par la toux (coqueluche, tuberculose pulmonaire), soit par les sécrétions dégluties par le nourrisson qui ne crache pas, sécrétions qui s'accumulent dans l'estomac créant un véritable corps étranger qui sera expulsé.

Nous éliminerons de la même manière tous les cas de vomissements dus à des affections intestinales telles que les péritonites ou l'appendicite pour aussi rares que soient ces affections chez le nourrisson, telles aussi que l'étranglement

herniaire, l'invagination intestinale relativement fréquente ou même les malformations de l'intestin qui se traduisent par des vomissements le plus souvent bilieux et parfois fécaloïdes. On pourra trouver deux observations de telles malformations dans l'article de MM. Cahuzac, Petel, Armengau et J. Timbal, paru dans le numéro de Mai 1943 du « Toulouse Médical », la première ayant trait à une atrésie de la deuxième portion du duodénum, la deuxième à une atrésie complète des anses intestinales.

Nous nous attarderons un peu plus sur les vomissements dus à des gastro-entérites en raison de la difficulté qu'on éprouve souvent à les rapporter à leur véritable cause infectieuse, la nature des vomissements ne permettant pas à elle seule de faire le diagnostic.

DIAGNOSTIC DES VOMISSEMENTS PAR GASTRO-ENTERITES

La gastro-entérite est la signature de l'infection chez le nourrisson. Elle se traduit par des troubles digestifs souvent d'une très grande gravité, troubles qui s'expliquent par l'extrême fragilité des organes de la nutrition. Aussi faudra-t-il toujours rechercher les signes généraux de cette affection devant un nourrisson qui vomit, manque d'appétit, présente des selles anormales le plus souvent avec diarrhée.

L'enquête épidémique permettra le plus souvent de prévoir l'infection. Le lait employé et la préparation des biberons permettent souvent de relever une trace de souillure ou des fautes d'alimentation pouvant prédisposer un enfant au développement des germes pathogènes. Importance également du milieu de vie : poussières, mouches, personnes contaminées (grippes, rhino-pharyngites, broncho-pneumonies, pyodermites), importance des conditions atmosphériques.

Il convient de rechercher les tares héréditaires : hérédo-syphilis, alcoolisme, neuro-arthritisme, aussi bien que les antécédents personnels du nourrisson : poids de naissance, maladies, débilité possible du tube digestif ou de ses annexes.

L'anorexie est également caractéristique. Le nourrisson en état d'infection refuse le plus souvent la tétée ou le biberon ; il n'a pas faim contrairement au vomisseur habituel qui avale gloutonnement et a toujours faim.

L'aspect des selles n'est pas moins significatif. Normalement l'enfant au sein a deux ou trois selles par jour, jaunes d'or et bien liées, sans résidus indigérés ; l'enfant au lait de vache a une ou deux selles par jour jaunes pâles, d'aspect souvent grumeleux. Le vomisseur habituel, nous le verrons, sera plutôt constipé ; dans l'infection, c'est la diarrhée qui domine. Tous les degrés peuvent se voir depuis la diarrhée simple six à dix fois par jour, pas ou légèrement verte avec des grumeaux et contenant du mucus, jusqu'à la diarrhée verte très grave et très déshydratante, cholériforme et souvent putride.

Les vomissements n'ont rien de caractéristiques : leur moment d'apparition est variable, soit à la fin, soit dans l'intervalle des tétées, le moment pouvant même changer suivant les jours. Variable également le mode d'émission, soit lentement sous forme de vomiturition, soit en « fusée ».

C'est enfin et surtout l'examen du sujet qui permettra de se rendre compte du retentissement général de l'infection sur l'organisme.

La courbe de température est typique. Normalement les oscillations de température du nourrisson au sein sont insignifiantes et aux alentours immédiats de 37°. Chez le nourrisson au lait de vache elles sont un peu plus importantes. S'il y a troubles digestifs plus ou moins marqués la fièvre apparait autour de 37-38° pouvant atteindre dans les cas graves 40 et plus. Le vomisseur habituel n'a jamais de tels signes.

La recherche des ganglions permet également de trouver la trace de l'infection, ainsi qu'une étude attentive des poumons, des cavités naso-pharyngées, des téguments qui permettent souvent de rapporter à leur véritable cause de broncho-pneumonie, rhino-pharyngite ou pyodermite les signes digestifs.

N'oublions pas l'examen des oreilles, car de plus en plus on remarque l'importance et la fréquence des otites, mastoïdites à la base des infections intestinales. Une simple paracentèse ou mastoïdite presque sans gravité chez le nourrisson per-

mettent souvent de mettre un terme à des vomissements inexplicables par ailleurs.

Ne terminons pas ce chapitre de diagnostic différentiel sans rappeler l'importance des niveaux liquides intestinaux avec images radiologiques hydro-aériques, dont l'importance a été mise en lumière par LEVESQUE. Ces images hydro-aériques ont une grande valeur de diagnostic dans les occlusions intestinales. Mais très souvent leur présence signe une affection purement médicale. Il y a presque toujours plus de gaz que de liquide. La distension gazeuse d'une ou de plusieurs anses est le phénomène qui attire l'attention, mais les niveaux liquides souvent évidents doivent parfois être identifiés par les changements de position de l'enfant.

On peut voir deux aspects : soit un abdomen distendu dans tout son ensemble d'une clarté excessive et à niveaux liquides multiples, étagés dans toutes les anses grêles ou coliques, soit une image plus frustre avec une ou deux bulles d'hyperclarté avec niveau plus ou moins large. Les images sont le plus souvent situées en deux ou trois régions fort éloignées dans l'intestin, plus rarement concentrées au même endroit, dans la même anse ou le même groupe d'anses.

LEVESQUE a montré que la distension extrême de l'intestin avec stagnation des niveaux liquides imposait le diagnostic d'iléus réflexe en dehors de toute cause chirurgicale. Il a montré que la distension dans tout son ensemble avec niveaux liquides étagés appartenait aux grands états toxiques et traduisait le profond déséquilibre végétatif qui traduit l'état neurotoxique et fait pressentir les profondes modifications du cerveau, constantes dans cet état.

Dans le deuxième type, la pathogénie est probablement la même, car une simple colite même avec diarrhée intense et durable ne donne pas ces aspects de l'abdomen. Leur constatation impose l'idée d'un réflexe parentéral le plus souvent à point de départ rhino-oto-mastoïdien. Les images hydro-aériques limitées à une ou deux anses intestinales traduiraient les formes subaigües de l'infection du jeune enfant, de l'otite latente.

On peut voir l'importance de ces découvertes devant un

enfant dyspeptique, à diarrhée modérée mais tenace, anorexique et présentant des vomissements résistants aux médications habituelles. Leur simple découverte, mis à part le cas d'occlusion, doit inciter à voir un spécialiste qui fera une paracentèse, et à mettre en œuvre le traitement anti-infectieux qu'il y aura lieu de compléter par des mesures visant le système nerveux.

Ces images ont également une valeur dans la guérison de ces états infectieux. Tant qu'elles persistent, c'est que l'état neuro-toxique se prolonge.

Les Vomissements Primitifs

Une fois éliminé le diagnostic de tous ces vomissements secondaires, le médecin se trouve souvent devant des vomisseurs ne paraissant relever d'aucune cause précise ; pendant longtemps avec MARFAN, on a classé ces enfants dans la catégorie des vomisseurs habituels et il a fallu attendre la radio pour clarifier les idées sur beaucoup de ces formes.

Avant d'aborder l'étude des vomissements par malformation et physio-pathologiques, nous tenons à signaler les vomissements dus à des causes alimentaires, par erreur de régime quantitative ou qualitative.

Il faut classer dans le premier cas la suralimentation qui donne plus souvent de la diarrhée que des vomissements et surtout la sous-alimentation. Le traitement consiste simplement à rétablir un régime normal.

Le deuxième cas groupe les laits de mauvaise qualité. Rare avec le lait maternel sauf en période de retour des règles, de maladie intercurrente ou d'écart de régime de la nourrice, les vomissements sont plus fréquents avec le lait animal dont la caséine et les sels minéraux peuvent fixer l'HCl libre, ce qui entraîne un ralentissement de la digestion gastrique avec fermentation des résidus alimentaires qui diminuent les contractions péristaltiques retardant ainsi l'évacuation. Les vomissements seront des vomissements de stase, peu abondants mais s'échelonnant en « bavant » dans l'intervalle qui sépare deux tétées, à moins que le caillot ne prenant un volume anormal n'exaspère la contractilité des parois gastriques qui par réflexe provoqueront le rejet en « fusée ».

Le traitement consistera à changer de lait. On emploiera suivant les cas les laits agressifs (acidifiés, babeurre, demi-

écrémés) qui augmentent le péristaltisme, ou les laits modérateurs (concentrés, sucrés ou non) qui diminuent les contractions, pour employer la classification de LEVESQUE.

I. — VOMISSEMENTS PAR MALFORMATION.

1. — *Brachy-œsophage.*

OBSERVATION N° 1. — (Malade du Docteur André Bardier). X..., né le 10 Février 1945. Enfant vu par le Docteur Bardier le 11 Février 1945 pour vomissements sanglants à la première tétée.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé. Pas de frère ni de sœur. Personnellement, né à terme. Poids à la naissance : 3.100 grammes.

L'enfant a présenté des vomissements sanglants de suite après la première tétée : hémorragie abondante. Tous les examens cliniques sont négatifs. On pense à une maladie hémorragique des nouveaux-nés par avitaminose K. On prescrit en conséquence la diète hydrique pour 24 heures et l'ingestion de vitamine K. L'hémorragie cesse et on reprend l'alimentation au lait concentré sucré.

Le 13 Février le Docteur Bardier est rappelé pour nouveaux vomissements survenant aussi bien en cours de tétée que tardivement. On traite par un régime demi-épais (une demi-cuillerée de lait concentré sucré avant la tétée) associé au gardénal.

Les vomissements persistent.

Le 15 Février ont fait une radioscopie. La bouillie parait s'arrêter au dessus du diaphragme dans une poche communiquant par intermittence avec la partie supérieure de l'estomac. Le diamètre de l'œsophage est augmenté. Le cardia est largement ouvert de sorte que le liquide gastrique, constamment refoulé remonte plus ou moins haut suivant la phase contractile de l'estomac. L'évacuation se fait de manière normale mais suivant des intervalles assez espacés.

On diagnostique un brachy-œsophage et on traite par la tétée en position orthostatique et le maintien de cette position après la tétée. On associe au gardénal.

L'amélioration survient et le poids de naissance se rattrape. Trois semaines plus tard le poids est de 3.500 grammes. L'enfant meurt à un mois de rhino-pharyngite associée à une otite amenant un syndrome toxique.

De l'observation qui précède on peut voir que la malformation se révèle dès la naissance avec les premières tétées sous forme de vomissement vrai, plus ou moins tardif, avec de temps en temps des régurgitations glairo-sanguinolentes ou même de sang pur dont la valeur diagnostique est fondamentale. Ces vomissements entraînent rapidement la dénutrition du sujet qui amène l'athrepsie et la mort si le traitement ne donne pas de résultats. On peut voir cependant des cas de guérison sans traitement, survenir au delà de six mois quand l'enfant commence à s'asseoir.

Le diagnostic réel ne peut se faire que par la radio ; une radio d'estomac ne donne rien, mais la radio de l'œsophage va montrer un estomac raccourci, de calibre normal ou augmenté avec un défilé plus ou moins béant du cardia et une poche épiphrénique de l'estomac offrant une image hydro-aérique et largement ouverte dans le bas dans sa partie abdominale.

Dans le décubitus, la bouillie opaque reflue sans peine de la cavité gastrique vers l'œsophage à travers un cardia incontinent.

L'œsophagoscopie permet de voir des lésions inflammatoires et parfois de véritables ulcères qui entrainent les hémorragies.

Le diagnostic différentiel est à faire essentiellement avec la maladie hémorragique du nouveau né par avitaminose K qui entraine les mêmes vomissements sanglants. L'échec de la thérapeutique vitaminée doit inciter le médecin à faire la radio œsophagienne.

2. — *Sténose hypertrophique du pylore.*

Observation N° 2. — (Service de Médecine et de Chirurgie Infantile).

D. Louis, né le 21 Janvier 1947. Enfant de un mois entré

dans le service le 24 Février 1947 pour troubles digestifs consistant en vomissements et en chute de poids.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé ; pas de fausses couches, mais bassin rétréci ayant nécessité une césarienne. Pas de frère ni de sœur.

Personnellement, né à terme. Poids de naissance : 2750 grs. Nourri au sein pendant deux jours puis au lait de vache qui est rapidement mal supporté et entraîne des vomissements.

L'enfant entre dans le service pour instituer un régime adéquat, car il présente une intolérance au lait de vache puis au Nestlé et au Pélargon. Ces différents laits entraînaient des vomissements sans horaire fixe accompagnés d'une chute de poids. Il n'a jamais présenté de diarrhée.

A l'examen, enfant de 1 mois pesant 2.850 grs, athrepsique ; il ne présente pas de température. On lui fait une perfusion de 500 cc et on le met à la diète hydrique pendant 24 heures.

Le 25 Février : examen radio qui montre un brachy-œsophage, un gros estomac avec liquide de stase, des contractions assez vives, mais le pylore n'est pratiquement pas franchi. Il reste du liquide de stase 24 heures après le premier examen.

Le 27 Février l'enfant passe en Chirurgie Infantile pour pylorotomie extra-muqueuse de Fredet. L'opération ne présente aucune difficulté particulière et l'enfant quitte l'hôpital le 14 Mars pesant 2.970 grs, en bonne santé et ne présentant plus de vomissements.

Due à l'hypertrophie du sphincter pylorique, la maladie se voit surtout chez les garçons ayant un poids de naissance supérieur à la normale. La maladie ne se révèle que quelques jours après la naissance, après un intervalle libre (en moyenne 15 jours à 3 semaines).

Les vomissements sont abondants, survenant régulièrement après toutes les tétées, le plus souvent en jet.

L'enfant est constipé et la chute de poids prend un aspect catastrophique.

A l'examen, après l'absorption d'un biberon, on retrouve la tension intermittente de l'épigastre, des contractions péristaltiques alternant avec des phases de repos et on perçoit souvent sous la paroi, l'olive pylorique.

Là aussi, le diagnostic se confirmera par la radio. On peut voir sous l'écran, après ingestion de bouillie barytée une succession de phases de contractions hyperpéristaltiques et de repos atonique caractéristiques de la lutte pylorique. La région pré-pylorique est dilatée, la stase gastrique est nette entraînant un retard d'évacuation.

Mouriquand et Mlle Weill ont montré que l'examen de l'estomac immédiatement après l'absorption de bouillie barytée montrait un organe volumineux descendant bas et déjeté vers la droite. Plusieurs heures après, le contenu de l'estomac est le même, rien n'est passé dans le grêle.

Depuis quelque temps, on a remarqué que sur cet élément anatomique se greffe un élément nerveux: le spasme. Ce spasme n'apparait que secondairement mais il complète la sténose. A elle seule l'hypertrophie n'entraînerait pas d'accidents; d'où la notion d'intervalle libre; les signes cliniques n'apparaissant qu'en même temps que le spasme.

Nous verrons au chapitre du traitement que cette notion du spasme surajouté a incité certains auteurs à rechercher sa suppression d'un point de vue médical, sans recourir à l'intervention chirurgicale. Il semble cependant que l'ère chirurgicale n'est pas encore révolue, car tous les cas de guérison par traitement médical laissent subsister quelque doute sur l'authenticité de la sténose hypertrophique.

3. — *Sténoses duodénales.*

a) *Par pince aortico-mésentérique.*

L'affection se présente sous forme d'occlusion intermittente qui par son siège donne un syndrôme assez particulier dit de Miller et Gage.

Les vomissements ont un aspect souvent bilieux; il y a anorexie et la constipation est de règle. La fièvre survient rapidement traduisant l'état toxique.

C'est la radio qui permettra le diagnostic en montrant un gros estomac hyperkinétique avec retard d'évacuation, l'intégrité du pylore, les signes d'un obstacle duodénal avec « accrochage ».

b) *Congénitales.*

Affections rares pouvant être dues suivant la classification de Pierre Duval et Gatelier soit à des brides péritonéales aboutissant à une véritable périduodénite ; soit à un défaut d'accolement partiel ou total du mésocolon ; soit à la brièveté du mésentère ; soit à une longueur anormale du mésocolon transverse.

C'est l'examen radio qui tranchera le diagnostic en donnant l'image de double estomac avec double poche à air et double niveau liquide.

4. — *Mégaduodénum et Mégacolon.*

Le mégaduodénum entraîne des accidents à peu près semblables à ceux des sténoses. C'est l'examen radiologique qui permet le diagnostic en montrant l'énorme dilatation du cadre duodénal. En raison de l'obstacle mécanique postérieur à l'ampoule de Vater les vomissements ont souvent l'aspect bilieux.

Le spasme ne joue qu'un rôle secondaire.

Le mégacolon généralisé ou partiel entraîne les vomissements soit par la résorption toxique qu'entraîne la stase, soit par la compression et la déformation de l'estomac par la volumineuse anse sigmoïde.

II. — VOMISSEMENTS HABITUELS PHYSIO-PATHOLOGIQUES.

Nous avons déjà vu les caractéristiques variables des vomissements quant à leur date d'apparition, leur durée et leurs caractères essentiels. Parallèlement aux vomissements ces enfants présentent des troubles de la nutrition et une chute marquée de la courbe pondérale. On se trouve devant des enfants nerveux, criards, dormant mal la nuit, se réveillant facilement le jour avec des soubresauts musculaires et présentant un aspect de frayeur insolite, témoins d'une anormale excitabilité neuro-musculaire.

Leurs selles sont rarement normales, parfois diarrhéiques, le plus souvent constipées.

Pendant longtemps ces nourrissons ont été classés sous la dénomination de vomisseurs habituels, maladie résultant d'une diathèse neuro-arthritique ou hérédo-syphilitique (MARFAN).

Depuis MARFAN, cette maladie a été démembrée mais il semble bien qu'il faille toujours considérer le terrain neuro-arthritique ou hérédo-syphilitique et il faudra toujours tenir compte de cette diathèse dans la mise en œuvre du traitement.

On a fréquemment invoqué l'aérophagie ; elle a son importance mais nous y reviendrons plus loin.

On a parlé d'anaphylaxie par intolérance lactée. Dans certains cas c'est indiscutable et certaines observations le prouvent indubitablement, surtout s'il y a d'autres signes associés (urticaire par exemple). Mais le plus souvent aucune preuve sérieuse ne permet de rapporter sûrement à l'anaphylaxie de nombreux cas de vomissements.

On a invoqué enfin la tétanie (LEMAIRE, DELON). Il y a sûrement parfois des rapports entre les signes d'hyperexcitabilité nerveuse et les bons résultats du traitement combiné Rayons U. V. et recalcification. Mais le plus souvent on manque de preuves et il ne faut pas attacher trop d'importance à cette étiologie.

Jusqu'à ces dernières années toutes ces hypothèses se sont montrées infructueuses. Seule la notion de l'excitabilité gastrique due à des origines multiples non précisées entraînait un traitement purement symptômatique par action sur la muqueuse gastrique (citrate de soude à 3%, eaux alcalines) et sur la contraction gastrique (belladone, atropine, gardénal).

Depuis quelques années, grâce aux découvertes radiologiques et aux connaissances plus exactes de l'innervation de l'estomac on a pu jeter un peu plus de clarté sur ce chapitre. La maladie de MARFAN s'est trouvée divisée en plusieurs compartiments dont le vomissement reste l'élément commun.

1. — *Trouble de la péristole.*

OBSERVATION N° 3. — (Malade des Docteurs ARMENGAU et CAHUZAC).

Enfant F. François, né le 19 Décembre 1944. Poids à la naissance inconnu, aux environs de 3 kgs. Au quinzième jour,

il commence à vomir le lait de vache. Des changements de régime successifs : lait concentré et sec, bouillies épaisses ne modifient pas plus les vomissements que l'administration d'atropine, de gardénal, les frictions mercurielles et les injections de plasma de QUINTON. La courbe de poids s'infléchit : 3.170 grs le 22 Décembre 1944, 2.750 grs le 2 Janvier 1945, 2.570 grs le 8 Janvier.

Le Docteur ARMENGAU fait pratiquer un examen radiologique qui montre l'existence d'un estomac très volumineux, dilaté, avec une poche à air énorme. Une petite quantité de baryte ne montre pas le passage pylorique dans la première minute mais une heure après, on en trouve une quantité assez importante dans le grêle.

Le traitement par infiltrations splanchniques est décidé. Le Docteur CAHUZAC pratique la première infiltration le 15 Janvier. Il s'ensuit une amélioration de 24 heures. Les vomissements reprennent dès le surlendemain. Le 18, le poids remonte à 2.800 grs mais cette amélioration est éphémère. Les parents habitant loin de Toulouse négligent de ramener l'enfant au jour fixé pour la deuxième infiltration. Ils s'y décident pourtant le 24 Janvier devant l'intensité et la fréquence des vomissements qui ont fait retomber le poids à 2.650 grs. Cette deuxième infiltration effectuée ce même jour amène une sensible amélioration.

Le 26 Janvier, troisième infiltration, l'enfant a repris 100 grs en deux jours. L'amélioration est de plus en plus manifeste, et quand on ramène l'enfant le 31 Janvier pour sa quatrième infiltration, il n'avait présenté que trois vomissements en cinq jours.

Revu le 13 Février, les vomissements ont complètement cessé. La radio montre alors un estomac encore hypotonique et à évacuation encore lente, mais dont le volume a très nettement diminué.

D'un point de vue normal, la fonction péristolique de l'estomac est la qualité de cet organe à se contracter sur son contenu pour chasser l'air absorbé en excès. Mais même chez le nourrisson normal cette fonction est presque inexistante, ce qui se traduit à la radio par un aspect de ballon flasque à demi-

gonflé par une volumineuse bulle d'air, véritable corps étranger pouvant gêner le fonctionnement moteur, surtout si la bulle d'air prend un volume exagéré.

Lelong qui a fait des études radiologiques minutieuses de la question a montré que l'aérophagie dépend de la consistance liquide de l'alimentation beaucoup plus que de son mode d'introduction. Si elle est trop importante, elle se traduit par des vomissements par surcharge ; et pourtant les nourrissons vomisseurs par excès d'air absorbé sont peu nombreux.

Par contre, nombreux sont les vomisseurs par aérophagie modérée et Lelong avance l'idée d'une distension brusque de l'estomac chez les enfants gloutons. Car l'appétit de ces enfants est souvent augmenté. Le nourrisson se jette avidement sur son biberon pour s'arrêter brusquement pour vomir. Puis, il reprend le repas qu'il réinterrompra de nouveau.

On a donc un vomissement en cours de tétée ou aussitôt après sans autre signe digestif qu'une constipation passagère et sans autres signes généraux qu'un arrêt de la courbe de poids.

Le diagnostic n'en est pas simplifié pour autant, car aucun des signes cliniques invoqués n'est vraiment pathognomonique (bruits hydro-aériques, voussure épigastrique, éructations sonores). Radiologiquement, il n'y a guère de rapport entre l'importance du vomissement et l'importance de la poche à air.

On s'appuie surtout pour parler d'aérophagie sur les résultats du traitement par bouillie épaisse qui en supprimant l'aérophagie supprime souvent les vomissements.

2. — *Stase gastrique sans spasme.*

Observation N° 4. — (Malade du Docteur André Bardier). X..., petite fille de 2 mois et demi environ.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé. Un frère de 3 ans. Poids de naissance : 3 kgs.

L'enfant pèse à ce moment-là 3.500 grs. Il présente un aspect hypothrepsique et des vomissements sans diarrhée, vomissements tardifs survenant en moyenne une heure et demie ou deux heures après le début de la tétée.

On prescrit des antispasmodiques (gardénal et atropine) et des bouillies épaisses. Les vomissements persistent.

On passe alors l'enfant en scopie qui montre un bon remplissage de l'estomac et une aérogastrie subnormale. La péristole et l'éructation sont normales quoique un peu retardées. On note une extrême lenteur et rareté des contractions de l'estomac. Quand elles surviennent, la bouillie passe aussi bien dans le pylore que dans l'œsophage, ce qui entraîne les vomissements qui durent depuis la naissance.

On pose le diagnostic de stase gastrique sans spasme,

On traite par un régime au Pélargon et des infiltrations splanchniques qui amènent la cessation des vomissements et la guérison.

Observation N° 5. — (Malade du Docteur André Bardier).

Enfant né en Novembre 1946.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé. Pas de frère ni de sœur. Poids de naissance : 3.800 grs.

L'enfant présente des vomissements depuis sa naissance mais la courbe pondérale reste stationnaire.

Le médecin consulté prescrit un régime épais (bouillie épaisse au lait concentré sucré) associé au gardénal. Les vomissements persistent.

Huit jours plus tard, on pratique un examen radiologique qui montre un énorme estomac atonique.

On conclue à une stase gastrique sans spasme et on prescrit du lait agressif : Pélargon, qui amène la cessation des vomissements et la guérison.

L'affection a été bien étudiée par Levesque et Dreyfus. Le malade se présente sous l'aspect classique : vomissements peu abondants mais se produisant de manière presque continue, en « bavant » dans l'intervalle des tétées.

Perte de poids ; progressivement l'enfant devient anorexique. Un tubage d'estomac réalisé plus de quatre heures après le biberon ou la tétée ramène une quantité importante de liquide de stase.

La radio montre la rareté des contractions de l'estomac.

Du point de vue pathogénique, il semble que le retard de

l'évacuation et la fermentation du résidu alimentaire entraînent la neutralisation de l'acidité gastrique nécessaire au fonctionnement du pylore ; l'estomac va se débarrasser par le cardia de son contenu qui est devenu un véritable corps étranger.

Comme le signale ARMENGAU, d'après la thèse de BILLIERES, cette hypoexcitabilité de l'estomac peut être primitive ou congénitale, en rapport avec un relâchement général des fibres musculaires de l'estomac, hypoexcitabilité qui se traduit à l'examen radiologique par un organe volumineux et atone (Mégaestomac de SERVELLE). On comprend donc la logique qui consiste à infiltrer le splanchnique, ce qui entraînera le renforcement du vague, c'est-à-dire la contraction des fibres lisses et le relâchement des sphincters.

L'hypoexcitabilité peut être également secondaire à une maladie déjà existante (cas des rhino-pharyngites rebelles et récidivantes). L'enfant avale ses mucosités qui vont épuiser les sucs digestifs, ce qui entraîne une véritable « gastrite glaireuse » qui se traduit à la radio par une diminution d'énergie et d'amplitude des contractions gastriques sans modification notable dans le volume de l'organe.

3. — *Spasme du pylore.*

OBSERVATION N° 6. — (Malade du Docteur André BARDIER). X..., petite fille née en Novembre 1944.

Antécédents. — Père et mère en bonne santé ; pas de fausses couches. L'enfant est né à terme à la suite d'un accouchement normal. Son poids de naissance était de 2.800 grs.

L'enfant a vomi dès sa naissance le lait concentré sucré. Les vomissements apparaissaient environ une heure après la tétée de manière assez abondante.

L'enfant est vu en Janvier 1945 par le Docteur BARDIER. Son aspect est légèrement hypotrophique, son poids de 3.200 grammes.

Un examen radiologique montre un gros estomac présentant un trouble de la péristole, une certaine aérophagie et surtout un spasme du pylore. La bouillie commence en effet à passer à travers le pylore. Puis celui-ci se ferme hermétiquement

pendant deux heures environ, cédant la place à des contractions péristaltiques très accusées et suivies de vomissements. Puis le pylore reprend son fonctionnement et l'évacuation redevient normale.

On traite par une cuillerée à café de bouillie farineuse avant chaque biberon associée à 4 cgrs de gardénal par jour. L'amélioration survient pendant une semaine, puis les vomissements reprennent. Le Docteur Gouzy pratique alors une infiltration splanchnique bilatérale de 10 cc de novocaïne à 1%. Les vomissements s'amendent et le poids remonte à 4 kgs.

La maladie fut décrite pour la première fois par Terrien sous le nom de gastrite glaireuse ou de pseudo-sténose pylorique caractérisée par des vomissements, de la constipation et surtout trois ou quatre heures après les repas par la présence d'un liquide résiduel abondant, formé de résidu alimentaire et de glaires abondantes. Terrien préconisait les lavages d'estomac qui amenaient un amendement rapide de tous les signes.

Depuis, la maladie a été bien étudiée par Levesque. Il convient d'ailleurs de noter que pour l'école allemande le spasme du pylore n'est autre chose que la sténose hypertrophique. L'école française distingue le spasme isolé.

La maladie survient près de la naissance sous forme de vomissements associés à de la constipation, avec des périodes d'accalmie.

Dans les périodes d'intensité modérée, l'enfant vomit à chaque tétée, moyennement, parfois de façon précoce mais toujours également de façon tardive jusqu'au début de la tétée suivante. La constipation est nette.

Dans les périodes de paroxysme, les vomissements prennent l'aspect incoercible, sous forme de grands vomissements de stase ou de régurgitation continue. La constipation est opiniâtre.

Le diagnostic différentiel avec la sténose hypertrophique se fera surtout sur l'absence des contractions péristaltiques.

La radio montrera un estomac petit, contracté, spasmé, une évacuation gastrique discontinue sans hyperkinésie, des périodes de fermeture absolue du sphincter pylorique succédant à des périodes de passage de la bouillie tout à fait normales.

Souvent la stase pourra être de longue durée. (Syndrôme de Barret et Chauffour).

Les autres signes seront l'absence de putridité de la constipation, l'hypotrophie, la douleur gastrique, l'hypersécrétion muqueuse qui se traduira par des glaires dans les vomissements. Parfois on pourra voir des hématémèses.

Il semble que cette maladie est due au déséquilibre nerveux de l'estomac, le trouble moteur étant provoqué par le repas. Ce serait une hypersensibilité partielle au lait car l'association aux farines fait souvent disparaître les vomissements.

4. — *Hypersécrétion muqueuse.*

L'affection se caractérise par des vomissements en « fusée » de lait avec glaires et mucus, par de la diarrhée en jet explosif se produisant en même temps que le vomissement (exceptionnellement on note de la constipation), par des symptômes nerveux apparaissant dès l'ingestion de lait : l'enfant s'agite, crie, présente des raideurs musculaires traduisant une douleur intense.

Le tubage et la radio montrent une grande rapidité d'évacuation mais la sonde ramène d'énormes paquets glaireux.

Pour Levesque, il s'agirait d'hypersensibilité de la muqueuse gastrique qui réagirait au repas par une hypersécrétion muqueuse considérable et à l'absorption du lait par une hyperkinésie avec transit accéléré.

On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une réaction globale du tube digestif au contact du lait sur la muqueuse gastrique. On peut donc rapprocher cete forme de vomissements de celle décrite par Weil et Gardere sous le nom d'intolérance lactée mineure qui se reproduit également avec n'importe quelle forme de lait, y compris le lait maternel.

Cette intolérance se traduisait pour Weil par des vomissements, de la diarrhée (parfois de la constipation), des symptômes nerveux : agitation, cris, insomnie, raideur musculaire, par des modifications cutanées et par des modifications de la nutrition ; le symptôme le plus frappant étant le vomissement.

CONCLUSION.

De tous les signes rapportés on peut voir les difficultés de faire un diagnostic précis. Rien ne ressemble plus à un cas que le cas voisin et il est parfois bien aléatoire de vouloir classer systématiquement un vomisseur dans une catégorie bien déterminée. La stase gastrique se complique bien souvent de trouble de la péristole et on se demande parfois s'il n'y a pas rapport entre une malformation comme une sténose du pylore frustre et certains cas de spasme sans hypertrophie du sphincter.

Un certain degré de spasmodicité se retrouve dans la plupart des cas, ainsi que la stase. Il semble que bien plus qu'une cause particulière, ces signes indiquent un trouble du fonctionnement gastrique. Mais ce fonctionnement semble souvent bien difficile à apprécier par les seuls moyens cliniques et il a fallu attendre la radio pour les renforcer.

Et pourtant, même la radio présente des difficultés en raison de l'impossibilité de laisser un nourrisson sous l'écran pendant la période totale du transit gastrique. Il faut avoir une installation spéciale et savoir jeter un coup d'œil aux moments importants : remplissage de l'estomac, comportement de l'estomac en cours de digestion (spasmodicité, atonie), stase gastrique plusieurs heures après la tétée.

Il convient de faire remarquer que très souvent la radio montre un estomac hyperkinétique qui, s'il indique en général un obstacle mécanique (sténose du pylore en particulier), peut également traduire un simple spasme ou même une hypersécrétion digestive.

De même dans les cas d'atonie, il semble qu'il faille moins tenir compte de l'aspect de l'estomac que de la façon dont se fait l'évacuation.

Il semble qu'on peut résumer comme suit les résultats de l'examen radio chez un vomisseur :

1°) Forme de l'estomac : décentrement important du pylore et dilatation de l'antre pylorique : doit faire soulever l'hypothèse d'une lésion organique du pylore.

2°) Evacuation : souvent aspect hyperkinétique de l'estomac.

3°) Durée d'évacuation : importance de la stase.

Le tout est de savoir doser l'importance de ces trois signes qui se superposent fréquemment. Les trois réunis signifient sténose du pylore par obstacle mécanique. La stase seule liée à un trouble pylorique sans hyperkinésie permet de pencher pour le spasme sans lésion.

Traitement des Vomissements

Laissant de côté les vomissements secondaires à des maladies générales où le traitement à mettre en œuvre est un traitement causal que l'on pourra associer au traitement classique du vomissement par action sur la muqueuse gastrique (boissons froides, eaux alcalines) ou sur la motricité gastrique (belladone, atropine, gardénal), laissant également de côté les vomissements par faute alimentaire qualitative ou quantitative dont le traitement consiste à donner un régime normal, nous passerons successivement en revue les différents cas exposés au cours de cette étude (brachy-œsophage, sténose hypertrophique du pylore, sténoses duodénales, mégaduodénum et mégacolon, trouble de la péristole, stase gastrique sans spasme, spasme du pylore, hypersécrétion muqueuse).

Comme dans toute maladie nous aborderons l'étude de ce traitement sous les trois points de l'hygiène, de la diététique et des médicaments ou opérations chirurgicales.

I. — VOMISSEMENTS PAR MALFORMATION OU OBSTACLE MECANIQUE.

1. — *Brachy-œsophage.*

C'est un traitement purement médical qui donnera ici les meilleurs résultats.

Hygiène. — Mettre le nourrisson en position orthostatique prolongée au cours et après la tétée ou le biberon. Nous avons déjà vu que cela suffisait parfois à amener la guérison en permettant à l'enfant d'attendre l'âge où il pouvait se tenir assis.

Diététique. — Rien de particulier. Il suffit de donner une

alimentation convenable. On peut cependant essayer un régime épaissi qui peut diminuer les vomissements.

Médicaments. — Agir sur la motricité de l'estomac par le gardénal : 2 à 4 cgrs suivant l'importance du trouble et l'âge du sujet.

2. — *Sténose hypertrophique du pylore.*

Seul le traitement chirurgical donne des résultats. La pylorotomie extra-muqueuse de FREDET supprime les vomissements en rétablissant la perméabilité normale à l'évacuation de l'estomac. L'opération est pratiquement sans danger.

Il convient de signaler cependant les travaux de LUZUY. Cet auteur part du fait que c'est le spasme qui est à la base des signes cliniques. C'est donc lui qu'il a essayé de supprimer par des infiltrations du splanchnique dont nous verrons plus loin le principe. On peut retrouver certaines de ses observations qu'il a publiées à l'Académie de Paris, dans la thèse de BILLIÈRES. Mais, si d'après ces observations, il a eu des résultats très nets, M. CAHUZAC a pu montrer qu'on pouvait chaque fois émettre des doutes légitimes sur l'existence réelle de la sténose.

3. — *Sténoses duodénales.*

a) *Par pince de la mésentérique.*

Le traitement repose essentiellement sur une conduite d'hygiène : mettre l'enfant en position ventrale après la tétée (RIBADEAU-DUMAS et Mlle BARNAUD).

b) *Congénitales.*

Uniquement traitement chirurgical, mais la mortalité est très grande et il convient de toujours réserver le pronostic.

4. — *Mégaduodénum et Mégacolon.*

Intervention chirurgicale dans le premier cas.

Infiltration splanchnique et lombaire répétée dans le deuxième. Par leur action sur la régularité intestinale et sur le calibre intestinal ces infiltrations entraînent une nette amélioration.

Sans vouloir dire, avec CAHUZAC, ARMENGAUD et BILLIÈRES, que le calibre de l'intestin redevienne normal, l'amélioration constatée sur le transit et sur les vomissements permet d'attendre que l'enfant soit plus âgé pour lui faire subir une intervention chirurgicale.

II. — VOMISSEMENTS HABITUELS PHYSIO-PATHLOGIQUES

1. — *Trouble de la péristole.*

Hygiène. — Tenir l'enfant verticalement jusqu'à ce qu'il ait fait l'éructation ordinaire, puis le coucher sur le côté gauche dans la demi-heure qui suit le repas, ensuite sur le côté droit. Le premier temps facilite l'évacuation de l'air par le pylore, le deuxième aide le passage des aliments à travers ce même pylore.

Diététique. — Repas épais, dix minutes avant la tétée. Ce repas épais pourra être composé à la manière de CATHALA en donnant 2 cuillerées à café de bouillie épaisse préparée avec 100 grammes de lait, 100 grammes d'eau, 4 cuillerées à café de sucre et une cuillerée à soupe de farine.

Ce régime peut être continué pendant longtemps mais il convient de se méfier de la déshydratation qui se traduirait par une sècheresse de la peau et de la bouche et une dépression de la fontanelle. Il suffira alors de fournir de l'eau à l'organisme soit par ingestion entre les repas, soit par injection de sérum artificiel.

2. — *Stase gastrique sans spasme.*

Diététique. - Donner des laits agressifs qui augmenteront la motricité gastrique. On peut utiliser les laits acidifiés, Pélargon, le babeurre ou le lait partiellement écrémé.

a) *Stase gastrique d'origine acquise.*

Le traitement consiste à supprimer le résidu gastrique fait de muco-pus et de lait indigéré. On emploiera à cet effet les alcalins : eaux minérales (Vals, Vichy), une solution de bicar-

bonate à 5 pour mille, l'eau chloroformée, le citrate de soude en solution à 1%. On donne en général une cuillerée à café avant ou dans chacun des biberons.

On peut également employer des eupeptiques.

Mais le plus souvent, il faut recourir au lavage d'estomac: il permet soit seul, soit associé à la radio de faire le diagnostic et de juger de l'importance de la stase. Le lavage sera fait juste avant un repas. On peut faire deux lavages par jour pendant quatre ou cinq jour et ensuite un seul pendant une dizaine de jours. Mais le mieux est de se baser sur la stase, arrêtant les lavages quand elle cesse pour les reprendre quelques jours plus tard si elle réapparait.

b) *Stase gastrique d'origine primitive.*

Le traitement consiste dans l'infiltration novocaïnique du splanchnique qui augmente la contraction des fibres lisses et relâche les sphincters en libérant le pneumogastrique dont l'action est inverse. Nous verrons la technique de cette médication au chapitre suivant. Mais pour témoigner de sa valeur nous rapportons ici deux observations de stase gastrique traitée par cette médication, observations que nous extrayons de la thèse de Billières qui y a consacré un important développement.

Observation N° 7. — (Observation N° 11 de la thèse de Billières).

Enfant P. Robert, né le 28 Janvier 1945, est le premier enfant né de parents en bonne santé, à l'issue d'une grossesse normale menée à terme. Poids à la naissance: 3.450 grs. Enfant nourri au sein et présentant depuis la naissance de la diarrhée et des vomissements soit précoces soit tardifs.

Le Docteur Bardier voit l'enfant pour la première fois le 17 Février 1945; son poids est de 3.500 grs. Il vomit presque toutes les tétées. L'examen radiologique montre un gros estomac dilaté, la contraction péristolique ne se fait pas, il existe un certain degré d'atonie, le pylore est perméable, la bouillie barytée passe de manière intermittente dans le duodénum.

Le traitement consistant en un régime épaissi et la prise

quotidienne de quatre centigrammes de gardénal per os, n'est suivi d'aucune amélioration ; le poids reste stationnaire. Le Docteur Gouzy pratique alors une infiltration splanchnique bilatérale qui assure une guérison complète et durable.

Observation N° 8. — (Observation N° 14 de la thèse de Billières).

Enfant C. Annie, née avant terme à 8 mois, le 9 Novembre 1944 au cours d'un accouchement ayant nécessité l'emploi de forceps. Poids à la naissance : 2.740 grs. Parents en bonne santé. Pas de maternité ni de fausse couche antérieure.

L'enfant est nourrie au sein trois semaines, puis au lait concentré sucré, la mère ayant une sécrétion lactée insuffisante. Les vomissements apparaissent dès ce moment, assez explosifs, mais sans efforts, ni cris, ne se produisant pas après toutes les tétées. Quatre biberons sur six environ sont rendus. L'accroissement pondéral est troublé, les selles légèrement constipées.

L'enfant reste d'un caractère calme.

Le Docteur Armengau prescrit des repas épaissis en même temps que de l'atropine et du gardénal per os. Les effets de cette thérapeutique sont médiocres, le poids augmente peu. Il fait alors effectuer le 2 Février 1945 un examen radiologique : « L'examen de l'estomac après ingestion de bouillie barytée prise à jeun montre un estomac de dimensions normales présentant une forte atonie et animé d'un péristaltisme extrêmement lent. En effet, trois heures après l'ingestion du repas opaque, l'estomac est encore rempli dans la proportion des 2/3 de son contenu ».

Le 3 Février, l'enfant est envoyé en consultation chez le Docteur Cahuzac qui doit lui faire des infiltrations splanchniques. L'examen somatique montre un nourrisson pesant 4.450 grs, à la fontanelle déprimée et dont l'abdomen est ballonné, surtout dans la région épigastrique. Une première infiltration splanchnique gauche n'améliore pas l'état de cet enfant.

Le 5 Février, deuxième infiltration. Le 8 Février, troisième. Le poids reste toujours stationnaire : 4.500 grs le 10 Février. A partir de la quatrième infiltration pratiquée le 12 Février, l'enfant vomit aussi souvent mais en bien moins grande quan-

tité. Cinquième infiltration le 16 Février: les vomissements s'espacent. La sixième et dernière infiltration a lieu le 26 Février. L'enfant ne vomit plus et son poids à ce jour était remonté à 5.100 grs.

Revue le 13 Octobre 1945, enfant en bonne santé, mais menue. Poids: 8.750 grs; elle a 5 dents et commence à marcher. Les vomissements n'ont plus reparu. Un examen radiologique de contrôle effectué le 8 Novembre 1945 montre un estomac de forme et de volume normaux, dont le péristaltisme est satisfaisant et l'évacuation rapide.

3. — *Spasme du pylore.*

En dehors des périodes de paroxysme:

Régime. — Réduction du lait de vache, administration de farineux. Employer le mélange de Ribadeau-Dumas et Chabrun: farine lactée 30 grs plus une cuillerée à café de lait concentré sucré pour 100 grammes au total. Donner de l'eau deux heures après. Il faut éviter les farines azotées qui entretiendraient la stase.

Médicaments. — Essayer les antinervins à haute dose: barbituriques et atropine.

Levesque a montré qu'on pouvait sans danger réel donner des doses de 4 centigrammes de gardénal que l'on associera à 1/4 de mmgr d'atropine. Celle-ci sera donnée en doses fractionnées trois ou quatre fois par jour, une dizaine de minutes avant les repas. On emploiera la solution à 1 pour mille.

Il convient de tater d'abord la susceptibilité du malade en donnant quatre ou cinq gouttes puis on augmentera progressivement jusqu'à vingt ou trente gouttes pour redescendre ensuite. Il convient de surveiller soigneusement l'apparition de température, l'agitation, la rougeur, la sécheresse des muqueuses, la transpiration et surtout la mydriase.

Levesque préconise de donner l'atropine en sous-cutanée pendant 5 ou 6 jours avant de la donner en ingestion. Ici aussi il convient de tater la susceptibilité de l'organisme en commençant par des injections de 1/32 ou de 1/16 de mmgr suivant l'âge.

Dans les cas de paroxysme :

il convient d'ajouter aux médications précédentes du lait de femme aux biberons et de désensibiliser l'organisme.

On peut employer à cet effet l'injection sous-cutanée de lait dont la technique a été mise au point par WEIL. Il recommande de n'employer la méthode que lorsque tous les autres moyens auront été éprouvés et en particulier si la diététique ne donne pas de résultats. Il recommande l'abstention en cas de fièvre et sur les organismes débiles, athrepsiques, hypothrepsiques ou dans les premiers jours de la naissance.

L'injection sera faite avec le lait intoléré. En cas d'allaitement mixte, il faut recourir successivement à l'injection des deux sortes de lait.

L'injection sous-cutanée se pratique au niveau de la paroi abdominale antérieure, sur les côtés. La dose injectée est de 5 à 10 cc. Le lait humain peut être utilisé cru s'il est recueilli aseptiquement, sinon bouilli ou chauffé à 120° pendant 20 minutes. Le lait de vache devra être bouilli ou chauffé à 120°. Après l'injection, il faut faire un pansement.

Les réactions du lait humain sont souvent un simple mouvement fébrile, parfois une véritable réaction locale : érythème avec ou sans œdème aboutissant à une teinte ecchymotique. Cette lésion disparait rapidement et ne présente aucun danger.

Les réactions du lait de vache peuvent également donner un mouvement fébrile qui dure quelques heures mais sans gravité. Localement apparaît un érythème qui s'étend comme une éruption sérique, avec gonflement et teinte ecchymotique.

Il convient de faire des injections successives, répétées quotidiennement, de 1 à 2 cc. Pour avoir un effet durable, il faut arriver à 5 et 10 cc. Cette dose peut d'ailleurs être renouvelée une ou deux fois si le résultat est incomplet en laissant entre les deux injections un intervalle de deux ou trois jours.

Il est bon en cas de réinjection de procéder par doses progressives renouvelées le même jour : par exemple : 1/2 cc, puis une heure après : 1 cc, 3 heures après : 5 à 10 cc. Cette manière de procéder est encore plus rigoureusement indiquée en cas de rechute tardive de l'intolérance.

On peut également employer, toujours en cas de paroxysme,

l'autohémothérapie sous-cutanée ou intra-musculaire ou plutôt l'injection de sang maternel préconisée par ROBERT.

La technique consiste à injecter 20 cc de sang maternel non citraté, deux fois par semaine en général jusqu'à la disparition des vomissements et la reprise nette de la courbe de poids. D'ordinaire il est rare qu'il faille prolonger plus de six à sept semaines.

Mais dans beaucoup de cas, toutes ces médications furent assez décevantes. On a donc imaginé de s'adresser au cœur du problème, en agissant soit sur l'hypertonie des fibres lisses, soit sur l'hypertonie du sphincter. On sait que l'atropine et le gardénal visent le premier but en paralysant les terminaisons du vague; mais en même temps le spasme du pylore se renforce d'où les échecs partiels de cette thérapeutique.

L'infiltration du splanchnique visera par contre le deuxième but en relâchant les sphincters mais en renforçant la contraction des fibres lisses.

On s'est cependant aperçu depuis peu, du point de vue physiologique que les deux systèmes: pneumogastrique et sympathique n'étaient point aussi opposés qu'on pourrait le croire du point de vue anatomique. Beaucoup plus que d'un hyper ou d'un hypofonctionnement de l'un ou l'autre système, il s'agirait d'un dysfonctionnement du système neuro-végétatif. La maladie serait ainsi occasionnée par une double hypertonie à la fois vagale et sympathique. Le traitement devra donc être double pour s'adresser aux deux déficiences.

ROHMER de Strasbourg a le premier traité simultanément par l'atropine, paralysant du vague et par le tartrate d'ergotamine, paralysant du sympathique. Il semble que la méthode aurait eu quelques résultats.

D'autres auteurs ont agi simplement sur l'hypertonie pylorique par l'infiltration du splanchnique. Les premiers essais furent tentés de façon séparée par VIRENQUE à Toulouse, SERVELLE à Lyon et LUZUY à Bourges.

La méthode est actuellement au point et on trouvera des renseignements précis à son sujet dans la thèse de BILLIÈRES soutenue à Toulouse en Mars 1946.

On emploie une solution de novocaïne à 0,50 ou 1%. L'en-

fant est maintenu dans le décubitus latéral gauche ou droit suivant le côté que l'on veut injecter. On repère le bord inférieur de la dernière côte et l'on pique juste au niveau de ce bord inférieur, à deux travers de doigt de la colonne vertébrale, en rasant le rebord costal.

La direction à donner à l'aiguille est presque verticale par rapport au plan du lit, car il faut en réalité incliner l'aiguille en avant et légèrement en haut et aller chercher le contact du corps vertébral. Celui-ci obtenu on retire légèrement l'aiguille et la dirigeant encore un peu plus en avant on l'enfonce légèrement. Dès que la pointe a perdu le contact osseux, on injecte. En cours d'injection, on déplace légèrement l'aiguille soit pour venir reprendre le contact vertébral, soit pour élargir un peu la zone d'infiltration.

La quantité à injecter est de 10 ou 20 cc. L'anesthésie intéresse le trajet sous-diaphragmatique du splanchnique et la partie supérieure de la chaîne lombaire.

Certains injectent à droite, d'autres à gauche. Il semble qu'on peut sans danger injecter des deux côtés.

Les dangers de l'injection sont minimes :

— on peut pénétrer dans l'aorte ou dans la veine cave : il suffit alors de retirer légèrement l'aiguille.

— on peut pénétrer dans le canal rachidien par un trou de conjugaison : en prenant la précaution d'aspirer avec la seringue avant de pratiquer l'injection on se rend compte de l'erreur.

— on peut enfin prendre par erreur la onzième côte comme point de repère et planter l'aiguille dans la plèvre ou dans le poumon.

Il n'y a pratiquement aucune contre indication à la mise en pratique de ce traitement qui peut s'utiliser même chez les prématurés, les débiles ou les nourrissons en très mauvais état général.

La durée de l'anesthésie est variable de quelques heures à quelques jours suivant les sujets et la maladie. D'où la nécessité de reprendre les injections de temps en temps. Il est curieux de noter d'ailleurs que chaque nouvelle infiltration a un

effet supérieur à celui de la précédente. C'est ce que LERICHE appelle « l'effet de sommation ».

Le nombre d'infiltrations à faire sera basé sur la nécessité. La disparition définitive des vomissements entraînant leur suppression.

On peut dire en conclusion de ce chapitre consacré à l'infiltration du splanchnique que les résultats sont merveilleux et le nombre d'observations publiées en font suffisamment foi.

4. — *Hypersécrétion muqueuse.*

Traitement basé surtout sur la diététique. On pourra employer les laits modérateurs (lait concentré sucré ou non) ou réduire la ration de lait que l'on remplacera par des farines de tournesol ou de soja (Vegelact). Ce traitement a été préconisé et mis au point par LEVESQUE.

S'il s'agit d'une intolérance mineure au lait, le réduction ou la substitution lactée améliorent en général les accidents, mais on peut parfois être obligé de recourir aux injections lactées de WEIL dont nous avons vu la technique au chapitre précédent.

CONCLUSION

L'importance des vomissements chez le nourrisson ressort nettement de tous les développements précédents et le rôle du médecin sera avant tout de mettre en œuvre le traitement efficace qui permettra l'alimentation convenable et la reprise de la courbe de poids et du bon état général. Il convient donc de spécifier en terminant la conduite pratique à tenir devant des vomisseurs essentiels.

Mis à part le cas de vomissement par faute alimentaire, on se trouve le plus souvent devant trois possibilités.

a) soit un estomac de motricité normale sans hyperkinésie, sans spasmodicité, sans atonie : il s'agit souvent de malformation antérieure à l'estomac telle que le brachy-œsophage ; les vomissements sanglants aiguilleront le diagnostic et la position orthostatique entraînera la guérison. Il peut s'agir également de sténoses duodénales, de mégaduodénum ou de mégacolon : la position ventrale ou l'opération chirurgicale seront alors indiquées.

b) soit un estomac hyperkinétique avec des phases de repos et de la stase. C'est le cas des sténoses hypertrophiques du pylore ou des spasmes du pylore. Dans le premier cas seule l'opération de FREDET donne des résultats, dans le deuxième nous avons vu toute l'importance prise depuis quelques années par l'infiltration novocaïnique du splanchnique qui est appelée à supplanter vraisemblablement tous les autres moyens utilisés jusqu'alors telles qu'injection de lait ou de sang maternel.

Mais on doit toujours donner une alimentation hyper-sucrée avec repas épais et farines le plus tôt possible, ainsi que des antispasmodiques (atropine, gardénal) en y associant le cas

échéant des petits moyens tels que lavements ou bains chauds.

Dans d'autres cas d'estomac hyperkinétique, l'évacuation est rapide et il y a tout lieu de penser à l'hypersécrétion muqueuse. Le succès des farines de tournesol ou de soja prouvera l'exactitude du diagnostic.

c) Soit enfin un estomac atonique, présentant de la stase et dont la région pylorique se laisse mal distendre. Le lavage d'estomac a ici toute son indication, en l'associant aux alcalins et aux eupeptiques. Mais ici aussi et de plus en plus on est appelé à utiliser l'infiltration splanchnique dont nous avons rapporté les bons effets d'après deux observations de malades.

Dans tous les cas il convient de ne pas perdre de vue la fréquence de l'hérédo-syphilis à la base de nombreux vomissements. Le moindre doute sur cette possibilité devra donc inciter à mettre en œuvre ce traitement. MARFAN employait la médication mercurielle, soit par friction à l'onguent napolitain, soit par ingestion de lactate de mercure au millième.

Les préparations à l'arsenic auraient les mêmes effets que le mercure mais ne lui seraient nullement supérieures.

Mais avant tout le principal sera de réussir à alimenter l'enfant malgré ses vomissements et à éviter en même temps que la chute de poids, le greffage d'une maladie intercurrente telle que bronchopneumonie ou pyodermite qui emportent si facilement les enfants dans les hôpitaux.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Professeur SOREL.

Vu : *Le Doyen,*
J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 28 Avril 1947.
Le Recteur,
Président du Conseil d'Université,

Pour le Recteur : *Le Doyen délégué,*
FAUCHER.

Bibliographie

ALARÇON. — La dyspepsie transitoire des nourrissons. (*Librairie Baillières et fils*, 1929).

APERT. — Traitement des vomissements de la 1re enfance (*Presse Méd.*, 7 Août 1935).

ARMENGAU. — *Toulouse Médical*, Nov. 1946.

BARD. — Mécanisme et pathogénie de la maladie pylorique. (*Progrès Médical*, N° 14, 1928).

BARNAUD. — Vomissements disparaissant dans certaines positions. — Thèse de Paris, 1934.

BEZY, Pierre. — Vomissements essentiels du nourrisson. (*Société de Méd., Chirurgie et Pharm. de Toulouse*, 20 Mai 1926).

BILLIÈRES, R. — Thèse. Toulouse, Mars 1946.

BLECHMAN, G. — Maladies des nourrissons et des enfants (*Doin, éd.*, 1944).

BRÉON, Pierre. — Contribution à l'étude des vomissements du nourrisson. L'enquête étiologique, la sanction thérapeutique. — Thèse de Paris, 1927.

CAHUZAC, PETEL, ARMENGAU et J. TIMBAL. — Occlusion intestinale du nouveau-né. (*Toulouse Médical*, Mai 1943, n° 5).

CHABRUN, J., et Mlle DURRANDE. — Les régimes épais dans les vomissements du nourrisson. (*Semaine des Hôp. de Paris*, N° 14, 25 Juin 1941).

CLÉMENT, R. — Les vomissemens du nourrisson. (*Feuillets du Praticien*, N° 7, 1937).

DOMBRE, R. — Thèse. Marseille, 1943.

DUBOURG, Edgard. — Note sur un cas de vomissement par aérophagie chez un nourrisson de six mois. (*Gaz. Hebd. des Soc. méd. de Bordeaux*, 6, v, 23).

DUFFAU. — Thèse. Toulouse, 1943.

DURRANDE, R. — Les régimes épais dans les vomissements du nourrisson. — Thèse. Paris, 1937.

GARDÈRE, Ch. — Aérophagie du nourrisson. (*Journal de Méd.*, Lyon, 1922).

GOROSTIS. — Thèse. Toulouse, 1944.

GRENET, H. — Les vomissements du nourrisson. (Conférence clinique de Médecine Inf., 3e série, p. 67, Vigot, *édit.*).

— Le traitement des vomissements des nourrissons. — Paris, 1930, J.-B. Baillères, *édit.*

LELONG et AIMÉ. — Etude radiologique de l'œsophage du nourrisson. (*Soc. de Pédiatrie de Paris*, Nov. 1933).

LELONG, M. — Les vomissements habituels par aérophagie chez le nourrisson. (*Le Lien Médical*, N° 12, Décembre 1935).

LELONG, AIMÉ et BERNARD. — Le brachy-œsophage avec estomac partiellement thoracique. (*Bulletin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1939).

LEMAIRE et OLIVIER. — Vomissements habituels et tétanie. (*Nourrisson*, 1942).

LEREBOULLET, LELONG et AIMÉ. — Les vomissements par aérophagie chez le nourrisson de moins de 6 mois. (*Presse Médic.*, 5 Oct. 1935).

LEREBOULLET et SAINT-GIRONS. — Les vomissements d'origine duodénale chez les enfants. (*Paris Médic.*, 10 Déc. 1941).

LERICHE. — De l'action de l'anesthésie du splanchnique sur la musculature du tube digestif, en particulier sur les états de dilatation dite atonique. (*Mém. Acad. Chir.*, Tome 68, N° 20-21, 17 Juin 1942).

— Correction des déséquilibrés de l'innervation viscérale par l'infiltration anesthésique du splanchnique ou sa section. — Dolichocolon et mégacolon. — Constipation par stase. — Colite spasmodique. (*Progrès Médical*, N° 11, 10-4-42, et 24-4-42).

LESNE et COFFIN. — *Les vomissements chez les nourrissons.* (Gauthier-Villars et Cie, *édit.*).

LEVESQUE. — Les nourrissons vomisseurs. (*Bull. Méd.*, Février 1944).

LEVESQUE et DREYFUS. — Stase gastrique sans spasme ni lésion organique. (*Nourrisson*, 1937).

LUZUY. — Essai de traitement de la sténose du pylore et des vomissements du nourrisson par des infiltrations splanchniques. (*Mém. Acad. Chir.*, 24 Janvier 1945).

— Infiltrations splanchniques, traitement de la sténose pylorique et des vomissements spasmodiques du nourrisson. (*Rapport au Congrès de Chirurgie*, 25 Nov. 1945).

MARFAN. — Les affections des voies digestives dans la première enfance. (2e édition, Masson, Paris, 1930).

— Revue générale sur les vomissements habituels du nourrisson et leurs rapports avec l'aérophagie. (*Nourrisson*, Janvier 1936).

MARFAN et LEMAIRE. — Fréquence de la syphilis chez les nourrissons atteints de maladie des vomissements habituels. (*Soc. de Péd.*, Oct. 1921).

— Précis d'hygiène et des maladies des nourrissons. (J.-B. Baillères et Fils, Paris, 1930).

MARTINI, Ph. — De l'emploi des farines d'aleurone de tournesol dans l'hypersécrétion digestive et surtout dans les vomissements du nourrisson. — Thèse de Paris, 1934.

MONIEZ, H. — Le babeurre dans les vomissements tardifs du nourrisson par stase gastrique sans lésions organiques ni spasme. — Thèse de Paris, 1936.

MOULIÈS, A. — Diagnostic et traitement des vomissements du nourrisson. (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Janvier-Février 1943).

MOURIQUAND et Mlle WEILL. — Quelques considérations sur la sténose hypertrophique du pylore. (*Nourrisson*, Mars 1937).

NGO-TRUC-TUAN. — Contribution à l'étude des vomissements spasmodiques du nourrisson. — Thèse de Paris, 1943.

NOBECOURT et MAILLET. — La thérapeutique du nourrisson en clientèle. (*Librairie Maloine*, 4e édition, 1941).

PÉHU et BERTOYE. — Les enfants qui vomissent. (*Biblioth. de Pathologie Inf.*, Paris, 1921).

PEIFFER, J.-P. — Les indications thérapeutiques dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (en particulier traitement médical). — Thèse de Strasbourg, 1930.

RIBADEAU-DUMAS et Mlle BARNAUD. — Sur les vomissements de la première enfance disparaissant dans certaines positions. (*Nourrisson*, 1934, et *Bulletin Médical*, 7 Juillet 1934).

ROBERT. — Les injections de sang maternel contre les vomissements graves du nourrisson. (*Soc. de Péd.*, Paris, 21 Janvier 1930).

ROHMER. — Le vomissement essentiel du nourrisson. (*Conc. Méd.*, 1924).

— Du traitement de la sténose pylorique du nourrisson. (*Bull. de la Soc. de Péd. de Paris,* N° 3, Mars 1930).

SERVELLE. — Thèse. Paris, 1942.

TERRIEN, E. — Gastrite glaireuse et pseudo-sténose chez le nourrisson. (*Presse Méd.,* 15 Janvier 1930).

— Pseudo-sténose du pylore chez le nourrisson. (*Société de Péd.,* 10 Nov. 1929).

— Précis d'alimentation des nourrissons. (Masson, 1939).

— Les vomissements du nourrisson. (*Médecine Mod.,* Mars 1938).

WEIL, E. — Intolérance pour le lait chez le nourrisson, ses rapports avec l'anaphylaxie. Tentative de traitement par l'injection sous-cutanée du lait intoléré. (*Journal de Méd. de Lyon,* 20 Février 1920, et *Monde Méd.,* Juin 1921).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Diagnostic différentiel 13

Diagnostic des vomissements par gastro-entérites 14

Les vomissements primitifs 19

I. — Vomissements par malformation 20

1. — Brachy-œsophage 20

2. — Sténose hypertrophique du pylore 21

3. — Sténoses duodénales 23

a) Par pince aortico-mésentérique 23

b) Congénitales 24

4. — Mégaduodénum et Mégacolon 24

II. — Vomissements habituels physio-pathologiques 24

1. — Trouble de la péristole 25

2. — Stase gastrique sans spasme 27

3. — Spasme du pylore 29

4. — Hypersécrétion muqueuse 31

Conclusion 32

Traitement des Vomissements 35

I. — Vomissements par malformation ou obstacle mécanique 35

1. — Brachy-œsophage 35

2. — Sténose hypertrophique du pylore 36

3. — Sténoses duodénales 36
a) Par pince de la mésentérique 36
b) Congénitales 36
4. — Mégaduodénum et Mégacolon 36

II. — Vomissements habituels physio-pathologiques.... 37
1. — Trouble de la péristole 37
2. — Stase gastrique sans spasme 37
a) Stase gastrique d'origine acquise 37
b) Stase gastrique d'origine primitive 38
3. — Spasme du pylore 40
Traitement par l'infiltration splanchnique 42
4. — Hypersécrétion muqueuse 44

Conclusion 45

Bibliographie 49

Imprimerie Forestié — Montauban